



การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากร ในประเทศไทย

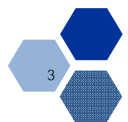
การติดแอลกอฮอล์ / อุบัติเหตุจราจร



หัวข้อการนำเสนอ

1. ความเป็นมา
2. การตรวจคัดกรอง
3. การตรวจคัดกรองโรคในต่างประเทศ
4. การตรวจคัดกรองโรคในประเทศไทย
5. สิทธิการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง
6. สรุป

ความเป็นมา

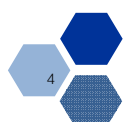


ที่มาและเหตุผล

- การคัดกรองในปัจจุบันมีความหลากหลาย บางการคัดกรองขาดหลักฐานสนับสนุนด้านประสิทธิผล และประสิทธิภาพ
- ในประเทศไทยไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ควรมีการคัดกรองในระดับประชากรจากผู้เชี่ยวชาญทุกแขนง และรวบรวมการคัดกรองอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

1. ค้นหาปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยที่สามารถคัดกรองได้
2. ประเมินการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนไทย

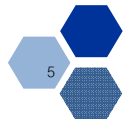


วัตถุประสงค์การประชุมวันนี้

ค้นหาวิธีการตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุจราจรเพื่อนำเข้าสู่การวิจัยในด้านความเหมาะสมในประชากรไทยต่อไป

เรียนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1. ควรมีการตรวจคัดกรองประชากรทั้งหมดหรือไม่
2. วิธีการตรวจคัดกรองใดควรได้รับการประเมินต่อไป
3. วิธีการวิจัยหลังจากการประชุม เหมาะสมหรือไม่
4. มีรายละเอียดหรือปัจจัยใดบ้างที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มอายุ เพศ



ระยะ

แผนการดำเนินงานของโครงการ

ระยะที่ 1

ค้นหาปัญหา
สุขภาพที่สำคัญ

ขนาดของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพ

ความปลอดภัย

ระยะที่ 2

ประเมินการตรวจคัดกรอง
อย่างเป็นระบบ

ประสิทธิผล

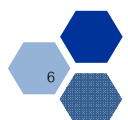
ความคุ้มค่า

ความเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะ
เชิงนโยบาย



ปัญหา	ภาระโรค ลำดับ (DALYs)	อุบัติการณ์ (ต่อ 1,000)	ความชุก (ต่อ 1,000)	การนอนร.พ. ลำดับ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย ลำดับ (ล้านบาท)	การคัดกรองที่มี
การติดเชื้อเอชไอวี	1 (757,679)	16.77	40.72	19 (27,794)	23 (191)	แบบสอบถาม
อัมพาต/อัมพฤกษ์	2 (699,159)	0.91	8.56	9 (99,389)	4 (3,165)	ความดันโลหิต, ระดับไขมัน
อุบัติเหตุจราจร	3 (595,899)	4.53	9.39	7 (113,862)	1 (5,047)	ระดับแอลกอฮอล์*
เบาหวาน	4 (569,582)	3.37	52.24	10 (99,259)	11 (919)	แบบสอบถาม, ระดับน้ำตาลในเลือด/ปัสสาวะ, น้ำตาลหลังดื่มกลูโคส
ซึมเศร้า	5 (474,354)	38.67	19.15	27 (5,366)	28 (34)	แบบสอบถาม
เอชไอวี/เอดส์	6 (413,857)	0.20	8.45	14 (38,114)	14 (659)	เชื้อเอชไอวีในเลือด
หัวใจขาดเลือด	7 (406,736)	0.12	1.23	8 (104,632)	3 (4,014)	ความดัน, ไขมัน, น้ำตาล, คลื่นหัวใจ, เติ้นสายพาน, ซีที
มะเร็งตับ	8 (359,283)	0.24	0.31	15 (32,593)	13 (745)	อัลตราซาวด์ตับ, ไวรัส บี ซี, การทำงานของตับ
คอกระดูก	9 (283,201)	2.56	14.00	4 (140,200)	5 (2,271)	การมองเห็น, สายตา
ข้อเสื่อม	10 (247,464)	2.38	24.88	24 (14,824)	10 (972)	ไม่มี
ถุงลมโป่งพอง	11 (220,640)	0.61	321.45	5 (140,074)	9 (1,368)	แบบสอบถาม
ตับแข็ง	12 (209,249)	0.08	0.34	22 (20,497)	22 (239)	อัลตราซาวด์ตับ, ไวรัส บี ซี, การทำงานของตับ
มะเร็งปอด ทางเดินหายใจ	13 (188,627)	0.17	0.24	20 (26,080)	15 (593)	เอกซเรย์ปอด
โลหิตจาง						
ไดอ็อกเซม						
หอบหืด						
สมองเสื่อม						
จิตเภท						
วัณโรค	19 (138,735)	0.62	1.34	12 (45,351)	12 (866)	ตรวจร่างกาย, เสมหะ, เอกซเรย์ปอด
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	20 (130,092)	6.51	0.69	1 (435,110)	2 (4,678)	ไม่มี
ขาดกรรม/ความรุนแรง	21 (128,273)	1.94	2.02	13 (41,593)	16 (568)	แบบสอบถาม
ฆ่าตัวตาย	22 (122,250)	0.50	1.93	21 (24,293)	24 (133)	แบบสอบถาม
จมน้ำ	23 (103,459)	0.0048	1.63	30 (1,566)	30 (20)	ไม่มี
มะเร็งปากมดลูก	24 (87,560)	0.11	0.28	23 (16,005)	20 (283)	แปปสเมียร์, วีเอเอ, ไวรัสเอชพีวี
ลมชัก	25 (72,041)	0.39	7.58	16 (31,900)	21 (273)	ไม่มี
มะเร็งเต้านม	26 (67,731)	0.48	1.15	18 (29,657)	17 (536)	ตรวจด้วยตนเอง, ตรวจโดยแพทย์, แมมโมแกรม
ท้องเสีย	27 (66,925)	105.02	1.15	2 (388,387)	7 (1,526)	ไม่มี
โรคกักขัง	28 (65,630)	0.17	14.07	26 (6,323)	31 (19)	แบบสอบถาม
หูหนวก	29 (62,098)	0.62	20.52	31 (694)	29 (32)	เครื่องตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง, ระดับหู
โรคผิวหนัง	30 (27,567)	N/A	N/A	6 (127,318)	8 (1,522)	ไม่มี
ไข้ส่าเรสพิด	31 (5,975)	0.25	77.75	28 (3,920)	25 (53)	แบบสอบถาม

31 + 4 = 35 ปัญหาสุขภาพ

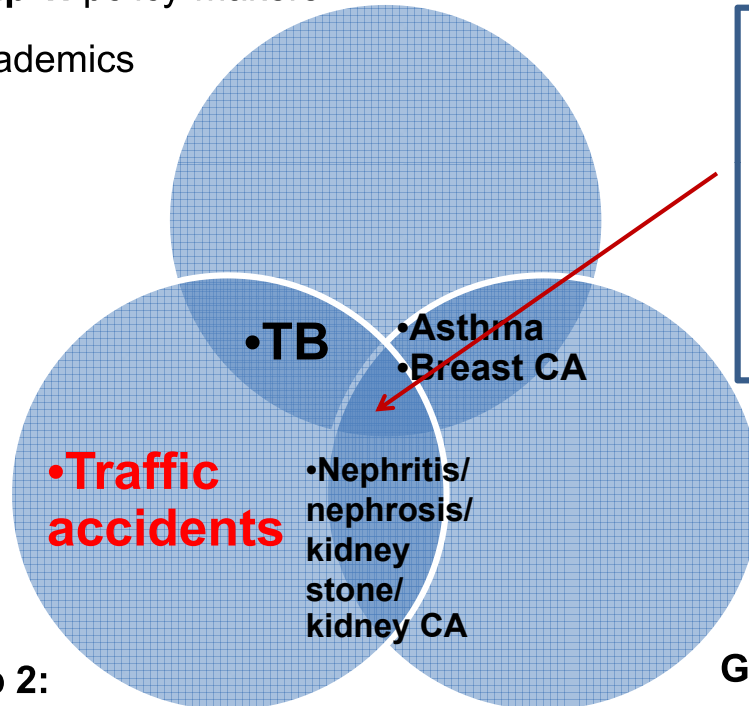
* การคัดกรองความเสี่ยง
 ** อุบัติการณ์เท่ากับ 231.63 ต่อ 100,000 ประชากร (ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547)

คัดเลือกปัญหา



Final list (round 3) from 3 groups

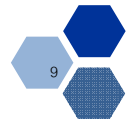
Group 1: policy makers
& academics



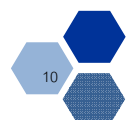
- IHD/stroke
- Alcohol dependence**
- Diabetes Mellitus
- Liver CA/cirrhosis
- HIV/AIDS
- Cervix CA
- Anemia/thalassemia/
malnutrition

Group 2:
Clinicians from royal college

Group 3:
Lay people



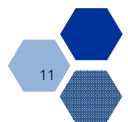
การตรวจคัดกรอง



การตรวจคัดกรอง

- คือ การตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในประชากรที่ยังมีสุขภาพดี
- วัตถุประสงค์ เพื่อหวังผลในการป้องกันโรค ลดความเสี่ยง หรือการรักษา ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรค

อ้างอิง: Raffle A, et al. Screening evidence and practice 2009



11

การป้องกันโรค

ปฐมภูมิ

- ลดความเสี่ยงก่อนการเกิดโรค
- ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่

ทุติยภูมิ

- ค้นหาโรคก่อนที่แสดงอาการ
- เป๊ปสเมียร์คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตติยภูมิ

- ภาวะแทรกซ้อน
- เบาหวานขึ้นจอประสาทตา
- แผลกดทับในผู้ป่วยอัมพาต

ไม่รวมการตรวจเพื่อยืนยันโรค

ไม่รวมการคัดกรองในส่วนของ การดูแลรักษาโรค

ไม่รวมการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ไม่รวมการฝากครรภ์ ซึ่งมีโปรแกรมการดูแลอย่างเป็นระบบอยู่แล้ว

Richardson JP. Taylor's Manual of Family Medicine. 2008:33-37.

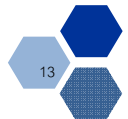


ประชากรเป้าหมายในการตรวจคัดกรอง

1. กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะหรือโรคที่ต้องการตรวจคัดกรอง (opportunistic screening)
2. กลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวัง (surveillance) เช่น การตรวจคัดกรองโรคในโรงงาน
3. กลุ่มประชากรทั้งหมดทั้งที่มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (population-based screening)

วัตถุประสงค์ของการประชุมวันนี้ คือ ตรวจคัดกรองประชากรทั้งหมด

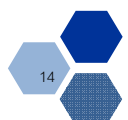
อ้างอิง: Wilson and Jungner, WHO, 1968



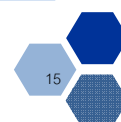
เกณฑ์ในการพิจารณาการตรวจคัดกรองโรคในประชากร

1. โรคที่ตรวจหามีความสำคัญต่อสุขภาพ คือ ควรเป็นโรคที่พบบ่อย และทำให้เกิดอันตรายในแง่ความพิการ อัตราการตาย และคุณภาพชีวิตแย่ลง
2. ควรมีการรักษาที่ได้ผลรองรับ
3. มีการบริการทางการแพทย์ที่รองรับงานที่เพิ่มขึ้นจากการตรวจคัดกรอง
4. ควรมีระยะแรกของโรคที่สามารถตรวจพบได้
5. ควรมีวิธีตรวจที่เหมาะสมกับระยะแรกของโรค
6. วิธีการตรวจควรเป็นที่ยอมรับในประชากร
7. ทราบแน่ชัดถึงธรรมชาติและการดำเนินโรค
8. มีหลักเกณฑ์ว่าบุคคลใดควรรักษาเมื่อพบโรค
9. ค่าใช้จ่ายควรสมดุลกับประโยชน์ที่ได้รับ
10. ควรมีความจำเป็นกับบุคคล

อ้างอิง: Wilson and Jungner 1968

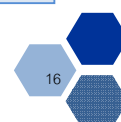


การติดแอลกอฮอล์



15

การตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ใน ต่างประเทศ



16

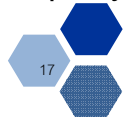
USA



■ Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse

- screening and behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse in primary care
- Population
 - Adults, including pregnant women (B)
 - Adolescents (I)

A and B: eligible patients, offer them as a priority
 C: lower priority to service
 D: discourage the use of service
 I: evidence is insufficient

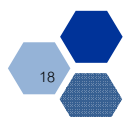


อ้างอิง: The Guide to Clinical Preventive Service 2010-2011

USA



- “Risky” or “hazardous” drinking
 - Women: 7 drinks/wk or more than 3 drinks/occasion
 - Men: 14 drinks/wk or more than 4 drinks/occasion
- Harmful drinking
 - experiencing physical, social, or psychological harm from alcohol use but do not meet criteria for dependence.

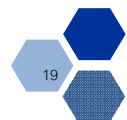


อ้างอิง: The Guide to Clinical Preventive Service 2010-2011

USA

- Clinicians can choose screening strategies that are appropriate for their clinical population and setting.
 - Screening Tools
 - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
 - CAGE
 - TWEAK
 - T-ACE (pregnant women)
 - CRAFFT questionnaire for adolescents (need to be evaluated)

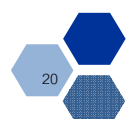
อ้างอิง: The Guide to Clinical Preventive Service 2010-2011



United Kingdom

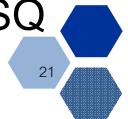
- Screening involves identifying people who are not seeking treatment for alcohol problems but who, in the view of the professional, may have an alcohol-use disorder.
- The UK NSC policy on Alcohol Problems screening in adults:
 - A national screening programme for alcohol misuse is **not recommended**.

อ้างอิง: UK National Screening Committee; Appraisal for screening for alcohol misuse



United Kingdom: Recommendation

- **Target groups:** Young people aged 16 and 17 years and adults
- **Location:** Health and social care, criminal justice and community and voluntary professionals in both NHS and non-NHS settings who regularly come into contact with this group
- **Test recommended:** Alcohol Use Disorders Identification Test (**AUDIT**). If time is limited, use an abbreviated version such as AUDIT-C, AUDIT-PC, CRAFFT, SASQ or FAST.



21

Australia

- Screening aims to identify people with risky or harmful patterns of alcohol use and initiate appropriate interventions.
- Where to screen

Recommendation	Settings	Strength*	Level*
Screening for risk levels of alcohol consumption and appropriate intervention systems should be widely implemented in ...	1. General practice and emergency departments	A	Ia
	2. Hospitals	D	IV
	3. Community health and welfare settings	D	IV
	4. High-risk workplaces	D	IV

อ้างอิง: the Australian Government Department of Health and Ageing: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009

22

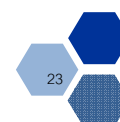


Australia

■ How to screen

Recommendation	Strength*	Level*
Quantity–frequency estimates (asking the person about their alcohol consumption) is the recommended way to detect levels of consumption in excess of the NHMRC 2009 guidelines in the general population	D	IV
AUDIT is the most sensitive of the currently available screening tools and is recommended for use in the general population.	A	I

อ้างอิง: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009



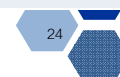
23

Australia

■ How to screen (cont.)

Recommendation	Strength*	Level*
Direct measures of alcohol in breath and/or blood can be useful markers of recent use and in the assessment of intoxication.	D	II
Indirect biological markers (liver function tests or carbohydrate-deficient transferrin) should only be used as an adjunct to other screening measures as they have lower sensitivity and specificity in detecting at-risk people than structured questionnaire approaches (such as AUDIT).	A	Ia

อ้างอิง: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009



24

Australia

■ Screening in specific populations

Group	Recommendation	Strength*	Level*
Adolescents and young people	Screening and brief intervention for tobacco, alcohol and other drug use should occur routinely. Binge drinking and polydrug use are common among adolescent problem drinkers.	D	IV
Pregnant women	Quantity–frequency estimation is recommended to detect any consumption of alcohol. T-ACE and TWEAK questionnaires may be used in this population to detect consumption at levels likely to place the foetus at significant risk of alcohol-related harm.	D	IV
Older people	Older Australians should be screened for alcohol use and related harms across a range of health and welfare settings.	D	IV

อ้างอิง: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009

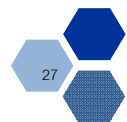
*Categories of evidence and strength of recommendations

Categories of evidence for causal relationships and treatment	
Ia	Evidence from meta-analysis of randomised controlled trials
Ib	Evidence from at least one randomised controlled trial
IIa	Evidence from at least one controlled study without randomisation
IIb	Evidence from at least one other type of quasi-experimental study
III	Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
IV	Evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
Categories of evidence for observational relationships	
I	Evidence from large representative population samples
II	Evidence from small, well-designed, but not necessarily representative samples
III	Evidence from non-representative surveys, case reports
IV	Evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
Strength of recommendation	
A	Directly based on Category I evidence
B	Directly based on Category II evidence or extrapolated recommendation from Category I evidence
C	Directly based on Category III evidence or extrapolated recommendation from Category I or II evidence
D	Directly based on Category IV evidence or extrapolated recommendation from Category I, II or III evidence
S	Standard of care

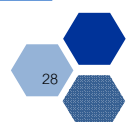
อ้างอิง: Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009

Singapore

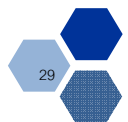
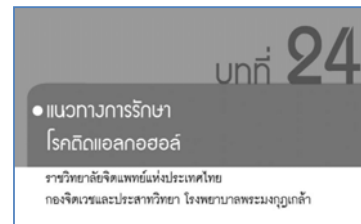
- No recommendation about alcohol dependence screening



การตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ใน
ประเทศไทย

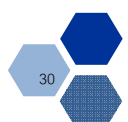


- ไม่มีแนวเวชปฏิบัติการคัดกรองการติดสุราใน
 - โครงการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย 2552
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์และกองจิตเวช พระมงกุฎเกล้า
 - แนวทางการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์
 - คัดกรองโดย self report
 - AUDIT, CAGE, MAST



การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

- แนะนำวิธีคัดกรองในกลุ่มประชากรและสถานบริการต่างๆ
 - แบบสอบถาม
 - AUDIT, CAGE, MADT, Addiction Potential Scale (APS), Drug Use Screening Inventory (DUSI), Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST), Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), TWEAK
 - และคัดกรองการใช้ยาเสพติดอื่นๆร่วมด้วย
 - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), CAGE-AID, Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)
 - และคัดกรองปัญหาสุขภาพอื่นๆที่มีเรื่องสุราเกี่ยวข้อง
 - Health screening survey, health screening questionnaire, PRIME-MD, trauma scale
 - ชีวภาพ: ยังไม่ถูกนำมาใช้ทางคลินิก
 - ลักษณะแฝง เช่น adenylate cyclase, monoamine oxidase
 - การตอบสนองทาง electrophysiological ฮอริโมน



เครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุราและสารเสพติดใน สถานบริการทางการแพทย์

■ การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

- เครื่องมือคัดกรอง

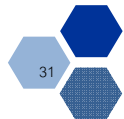
- แบบรายงานตนเอง

- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), CAGE, AUDIT

- เครื่องมือทางชีวภาพ

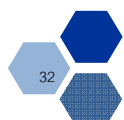
- ไม่นิยมใช้ในการคัดกรองเป็นประจำ แต่ก็อาจมีประโยชน์ในการใช้เสริมการคัดกรองอื่นๆ ในห้องฉุกเฉินหรือในผู้ป่วยคดี
- การวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด, gamma-glutamyltransferase, carbohydrate deficient, transferrin

อ้างอิง: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส)



31

สิทธิการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง การติดแอลกอฮอล์



32

CSMBS benefit package

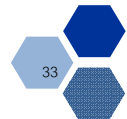
< 35 yr

- CXR
- UA
- Stool exam, occult blood
- CBC
- PV & Pap smear

≥35 yr

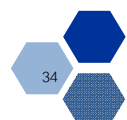
- All < 35 yr
- Glucose
- Cholesterol
- Triglyceride
- Blood urea nitrogen (BUN)
- Creatinine
- AST
- ALT
- Alkaline Phosphatase
- Uric acid

การเบิกจ่าย ว177
บังคับ วันที่ 1 ธันวาคม 2549



33

สรุปการตรวจคัดกรองการติดแอลกอฮอล์



34

Population-based screening

Alcohol dependence

	USA	UK	Aus	SG	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์	พรส.	ศวส.
วัยรุ่น	+/-	/ อายุ 17-18 ปี (แนะนำ)	/ (แนะนำ)		ไม่กล่าวถึงกลุ่มอายุ		
ผู้ใหญ่	+ และคนท้อง	/ (แนะนำ)	/ (แนะนำ)				
วิธี แบบสอบ ถาม (เลือกตาม ความ เหมาะสม)	-AUDIT -CAGE -TWEAK -T-ACE -CRAFFT	AUDIT หรือ เวลาจำกัดแนะนำ ให้ใช้ AUDIT-C, AUDIT-PC, CRAFFT, SASQ และ FAST	-AUDIT -CAGE -MAST		/AUDIT /CAGE /MAST	/AUDIT /CAGE /MAST /APS /DUSI /SAAST /SASSI /TWEAK	/MAST /CAGE /AUDIT
หมายเหตุ	แนะนำใน primary care setting	แนะนำใน Health and social care, criminal justice and community	แนะนำใน general practice, emergency departments			- แนะนำ เครื่องมือในที่ ต่างๆ - ตรวจชีวภาพ ไม่นิยม	- ตรวจชีวภาพ ไม่นิยม
++ ควรทำ + น่าทำ +/- อาจทำหรืออาจไม่ทำ - ไม่ควรทำ / แนะนำหรือดำเนินการอยู่							

Prevalence rates

	USA	UK	Aus	SG	Thai
Hazardous and harmful drinking (AUDIT ≥ 8)	17.8% abuse (DSM-IV lifetime prevalence) ¹	24.2% 33.2% (M) 15.7% (W) (2007) ²	2.9% use disorder (DSM-IV 12-month prevalence) ³	3.1% abuse (DSM-IV lifetime prevalence) ⁴	10.9% (disorder) 4.2% (abuse) ⁵
Alcohol dependence (SADQ-C ≥ 4)	12.5% (DSM-IV lifetime prevalence) ¹	5.9% 8.7% (M) 3.3% (W) (2007) ²	1.4% (DSM-IV 12-month prevalence) ³	0.5% (DSM-IV lifetime prevalence) ⁴	6.6% ⁵

Sources:

USA: ¹ NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2007

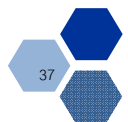
UK: ² Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Result of a household survey

AUS: ³ National Survey of Mental Health and Wellbeing 2007

SG: ⁴ Singapore Mental Health Survey 2012

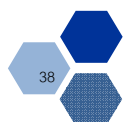
เรียนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1. ควรมีการตรวจคัดกรองประชากรทั้งหมดหรือไม่
2. วิธีการตรวจคัดกรองใดควรได้รับการประเมินต่อไป
3. วิธีการวิจัยหลังจากการประชุม เหมาะสมหรือไม่
4. มีรายละเอียดหรือปัจจัยใดบ้างที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มอายุ เพศ



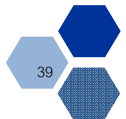
37

อุบัติเหตุจราจร



38

การตรวจคัดกรองอุบัติเหตุจราจรใน ต่างประเทศ

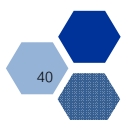


39

USA



- Motor Vehicle Occupant Restraints and Avoidance of Alcohol Use While Driving, Counseling
 - Intervention: behavioral counseling intervention in primary care
 - proper use of motor vehicle occupant restraints (child safety seats and lap-and-shoulder belts-age/wt/installed correctly)
 - Behavioral counseling interventions that include an educational component better than only education

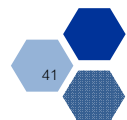


40

USA



- A comprehensive strategy that includes
 - Community-based interventions
 - Primary care counseling in the primary care setting
 - Legislation
 - Enforcement
- improvement of proper safety restraint use and decrease in the incidence of accident



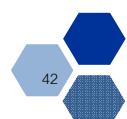
อ้างอิง: The Guide to Clinical Preventive Service 2010-2011

USA



- Intervention: routine counseling of all patients in the primary care setting to reduced driving while under the influence of alcohol or riding with drivers who are alcohol-impaired.
- Level of evidence: Insufficient to assess the balance of benefits and harms (I)

A and B: eligible patients, offer them as a priority
 C: lower priority to service
 D: discourage the use of service
 I: evidence is insufficient



อ้างอิง: The Guide to Clinical Preventive Service 2010-2011

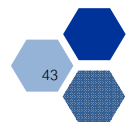
UK

■ Alcohol breath test

- **By law:** 35 micrograms of alcohol per 100 millilitres of breath (or 80 milligrams of alcohol per 100 millilitres of blood)

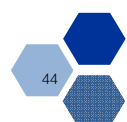
■ Field Impairment Assessment

- Screen for drunk-driving and drug-driving



Australia

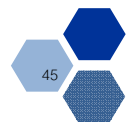
- Alcohol and other drugs are a significant factor in road trauma, contributing to more than a third of all road deaths.
- Enforcement of blood alcohol concentration (BAC) limits through random breath testing (RBT) has proven to be very effective in reducing road trauma and led to a major reduction in alcohol-related road deaths across Australia.



Australia

- Under current Australian drink driving laws, it is an offence for any motorist to drive with a BAC of 0.05 (50 mg of alcohol per 100 ml of blood) or greater; and in most jurisdictions, novice drivers (learners and P-platers) and professional drivers are required to have a BAC of zero.

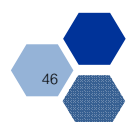
อ้างอิง: The National Road Safety Council (NRSC)



Australia

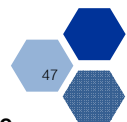
- In New South Wales, All licence holders aged 75 and over will need to have a medical examination each year to keep their licence.
- Medicare benefits be paid for this health screening.

อ้างอิง: Roads and Maritime Services: A guide to older driver licensing 2008



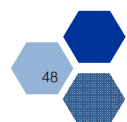
Singapore

- Blood alcohol concentration (BAC) limit: 0.08 g/dl
- Medical examination to be done by a Singapore registered medical practitioner at any private clinic or Government Polyclinics in Singapore is required for motorist age 65 years old (date of birth) and every 3 years thereafter.

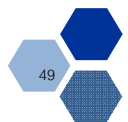


อ้างอิง: Global status report on road safety 2009, Singapore police force: Driving in Singapore

การตรวจคัดกรองอุบัติเหตุจราจรใน
ประเทศไทย



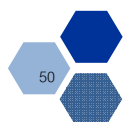
- ไม่กล่าวถึงคัดกรองอุบัติเหตุจราจร
 - โครงการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์
แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย 2552
 - ราชวิทยาลัยต่างๆ



อ้างอิง: สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ พ.ศ. 2552

สืบสี่แยกความคิด: อุบัติเหตุทางถนน

- สาเหตุ
 - บุคคล
 - เม้า, ง่วง, ฝ่าไฟแดง, หมวกนิรภัย
 - รถ
 - รถโดยสารสาธารณะ, รถมอเตอร์ไซด์
 - ทาง
 - จุดตัดรถไฟ, ถนนข้างทาง, ถนนเดินเท้า, สะพานลอย, ต้นไม้



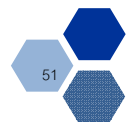
อ้างอิง: การประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่องอุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 9 – พลังเครือข่ายเพื่อถนนปลอดภัย 20-21 ส.ค. 2552

Age based population screening for fitness to drive does not produce any safety benefits

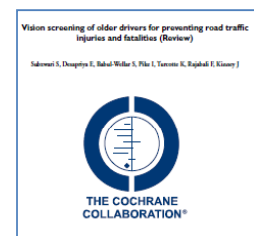


- Older drivers generally do not have an increased accident risk.
- All studies that have evaluated the safety effects of age based population screening for fitness to drive have failed to document any safety benefits from this type of screening.
- On the contrary studies indicate that this type of screening may have an indirect negative effect on the overall traffic safety.
- This seriously questions the rationale of having

อ้างอิง: European Federation of Psychologists

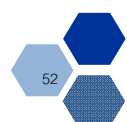


Vision screening of older drivers for preventing road traffic injuries and fatalities (Review)



- RCT before and after studies comparing vision screening to non-screening of drivers, aged ≥ 55 years, assessed the effect on subsequent motor vehicle crash.
- Results: No studies were found
- Conclusions: insufficient evidence to assess the effect of vision screening tests on subsequent motor vehicle crash reduction

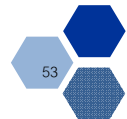
อ้างอิง: Subzwari S, Desapriya E, Babul-Wellar S, et al. *The Cochrane Library* 2009, Issue 1.



Natural deaths while driving: would screening for risk be ethically justified?

- 86 consecutive natural deaths of motor vehicle drivers in a five-year period 1984-1988.
- 80 (93%) sudden deaths were caused by ischemic heart disease. 51/80 cardiac deaths had past cardiac history and 3 had reported chest pain prior.
- Conclusion: medical screening of drivers has little benefit for the drivers or other persons.
 - unethical, not be realistic

อ้างอิง: journal of Medical Ethics 1998;24:248-25

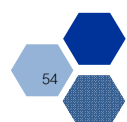


53

Road traffic and psychoactive substances

- Legal, enforcement, judicial and scientific issues
- Valid, reliable, convenient and inexpensive roadside testing devices is not yet achieved
- Major concern
 - Illicit drugs: cannabis
 - Medicinal drugs: benzodiazepines

อ้างอิง: Seminar organised by the Pompidou Group Strasbourg, 18-20 June 2003



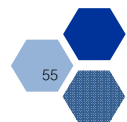
54

Traffic Law Enforcement across the EU

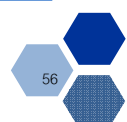
- Speeding: camera, mobile checks
- Drink driving: breath testing, nationwide campaigns, Intensify enforcement of laws against driving
- Seat belt use: both front and rear seats, child restraints, penalty point systems
- Follow-up of offences: fixed penalties for low level speeding and seat belt offences, penalty point systems, rehabilitation programmes



อ้างอิง: European Transport Safety Council (ETSC) 2011



สิทธิการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง
อุบัติเหตุจราจร



CSMBS benefit package

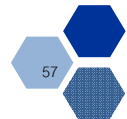
< 35 yr

- CXR
- UA
- Stool exam, occult blood
- CBC
- PV & Pap smear

≥35 yr

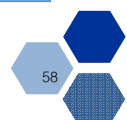
- All < 35 yr
- Glucose
- Cholesterol
- Triglyceride
- Blood urea nitrogen (BUN)
- Creatinine
- AST
- ALT
- Alkaline Phosphatase
- Uric acid

การเบิกจ่าย ว177
บังคับ วันที่ 1 ธันวาคม 2549



57

สรุปการตรวจคัดกรองอุบัติเหตุจราจร



58

Population-based screening

Traffic accident

	USA	USA	UK	Aus	SG	พลังเครือข่าย เพื่อถนน ปลอดภัย	อื่น ๆ	
ประชา กร	ทั่วไปใน PCU	ทั่วไปใน PCU	ทั่วไปบนท้อง ถนน	ทั่วไปบนท้อง ถนน	ทั่วไปบนท้อง ถนน	ทั่วไป	Aged	General
วิธี	/ behavioral counseling intervention (motor vehicle occupant restraints)	+/-counseling	/Alcohol breath test / Field Impairment Assessment	/Alcohol breath test RBT	/Alcohol breath test	/ ลดความเสี่ยง ต่างๆ	-Fitness to drive +/-Vision screening	-medical screening /psychoactive substances (cannabis, BZP)
หมาย เหตุ	Comprehensive strategy 1Community- based interventions 2Primary care counseling in the primary care setting 3Legislation 4Enforcement	reduced driving while under the influence of alcohol or riding with drivers who are alcohol- impaired		NSW licence holders > 75 yrs check up every 1 yr	licence holders > 65 yrs check up every 3 yrs	บุคคล: เมมา, ง่วง, ฝ่าไฟแดง, หมวกนิรภัย รถ: สาธารณะ, มอเตอร์ไซด์ ทาง: จุดตัด รถไฟ, ถนนข้าม ทาง, ต้นไม้, ทางเดินเท้า		/Law Enforcement (Speeding, Drink driving, Seat belt use, F/U of offences)
++ ควรทำ + น่าทำ +/- อาจทำหรืออาจไม่ทำ - ไม่ควรทำ / แนะนำหรือดำเนินการอยู่								

Prevalence

	USA	UK	Aus	SG	Thai
Alcohol-related accident (no. of cases)	17,126 (fatality) ¹ 321,000 (injury) ¹	13,020 ³			10,717 (fatality) ⁶ 61,996 (injury) ⁶
Reported Road Casualties (no. of cases)	2,300,000 (nonfatal injury) ²	800,000 (2007/08) ³	32,201 (2005) ⁴	7,925 (2011) ⁵	84,806 ⁷

Sources:

USA: ¹ National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) 1996, ² CDC 2009

UK: ³ Reported Road Casualties Great Britain: 2008 Annual Report

AUS: ⁴ Road crash casualties and rates, Australia, 1925 to 2005

SG: ⁵ Singapore Police Force

Thai: ⁶ สถิติจราจรทางบก 2552 จาก ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, ⁷ สถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2552

เรียนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1. ควรมีการตรวจคัดกรองประชากรทั้งหมดหรือไม่
2. วิธีการตรวจคัดกรองใดควรได้รับการประเมินต่อไป
3. วิธีการวิจัยหลังจากการประชุม เหมาะสมหรือไม่
4. มีรายละเอียดหรือปัจจัยใดบ้างที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มอายุ